Wanderniere (Ren mobilis)

Inaugural-Dissertation

zur

Erlangung der Doktorwürde

der

medizinischen Fakultät der Landes-Universität zu Rostock

vorgelegt von

Lorenz Vogt

Arzt aus Husum.

Rostock

Carl Hinstorffs Buchdruckerei

1909.

Gedruckt mit Genehmigung der medizinischen Fakultät
zu Rostock.

Referent: Professor Dr. Martius.

Unter den mannigfachen Krankheitserscheinungen, die durch Lageveränderungen wichtiger Organe im menschlichen Körper hervorgerufen werden, nehmen die Begleit- und Folgerscheinungen der Wanderniere (Ren mobilis) einen wesentlichen Platz ein.

Im folgenden will ich darlegen, welches heutzutage in wissenschaftlichen Kreisen die vorherrschende Auffassung ist von der Aetiologie, Pathologie, Symptomatologie, Diagnose, Prognose und Therapie der Wanderniere. Ich habe dazu vorzugsweise die einschlägigen Arbeiten von Strümpell, Ebstein, Rosenstein und Senator benutzt. Ausserdem möchte ich versuchen, das Theoretische durch praktische Beispiele soweit als möglich zu belegen. Das Material hierfür habe ich den Krankenjournalen entlehnt, welche mir der Direktor der med. Klinik zu Rostock, Herr Professor Dr. Martius, gütigst zur Verfügung gestellt hat, wofür ich an dieser Stelle meinen herzlichsten Dank ausspreche.

Werfen wir, noch bevor wir zum eigentlichen Thema kommen, einen kurzen Blick auf die klinische Geschichte der Wanderniere, so ergibt sich, dass bereits den älteren Autoren wie Mesné und Riolan das Vorkommen beweglicher Nieren bekannt war; doch blieben ihre Beobachtungen für die ärztliche Praxis ziemlich belanglos. Erst durch Rayer fanden die Erscheinungen der Wanderniere eine derartige Würdigung, dass eine Diagnose möglich wurde. Es

ist daher das Verdienst des französischen Forschers, dass die Kenntnis dieses Zustandes jetzt allgemein geläufig ist. Rayer's Ausspruch, dass die bewegliche Niere viel häufiger vorkomme, als man gemeinhin glaube, hat sich als vollkommen richtig erwiesen und zwar immermehr in dem Maasse, als die methodische Untersuchung der Bauch- und Beckenorgane, zumal beim weiblichen Geschlecht, sich eingebürgert und durch Zuhülfenahme der Narkose vervollkommnet hat.

Wenngleich, wie eben bemerkt wurde, die Wanderniere kein seltenes Leiden ist, so lassen sich doch bestimmte Angaben über die Häufigkeit ihres Vorkommens nicht machen und zwar aus verschiedenen Gründen: Zunächst zeigen die Sektionsstatistiken erheblich andere, und zwar niedrigere Prozentzahlen, als die Beobachtungen an Lebenden aufweisen.

Für diese Differenz in den Statistiken gibt Lanceraux folgende — zweifellos richtige — Erklärung: Die bewegliche Niere nimmt in der auf dem Rücken liegenden Leiche gewöhnlich ihre normale Lage ein, so dass, wenn die Aufmerksamkeit nicht besonders darauf gerichtet wird, die abnorme Beweglichkeit der Niere leicht übersehen werden kann.

Aber auch die klinischen Beobachtungen geben keine übereinstimmenden und zuverlässigen Zahlen, teils weil die Untersuchung darauf meistens nur gerichtet wird, wenn irgend ein Anlass dazu vorliegt, teils weil das Leiden überhaupt nicht entdeckt werden kann, oder endlich weil den Beobachtern ein nach Geschlecht, Alter und Lebensstellung verschiedenes Material vorliegt.

Vor allem macht das Geschlecht einen erheblichen Unterschied insofern, als die Wanderniere beim weiblichen Geschlecht bei weitem häufiger ist als beim männlichen. Zwar gehen die Angaben über die Häufigkeit des Vorkommens beim männlichen und weiblichen Geschlecht weit auseinander (nach Ebstein 100 weibliche auf 15 männliche, nach Dietl sogar 100 zu 1), doch darf man wohl aus den neuesten Statistiken den Schluss ziehen, dass Dietl der Wahrheit am nächsten kommt. Ich selbst habe im Auftrage meines damaligen direkten Vorgesetzten, des jetzigen Professors Dr. Kurt Brandenburg in Gross-Lichterfelde, in der Poliklinik der 2. medizinischen Klinik in der Charité zu Berlin (Chef Geheimrat Gerhard) monatelang bei denjenigen Kranken, die über Leibbeschwerden klagten auf eventuelle Wandernieren Obacht geben müssen. Da fanden sich denn auch bei einem grossen Prozentsatz der weiblichen Patienten mehr oder weniger ausgeprägt bewegliche Nieren. Bei Männern ist meines Erinnerns kein Fall konstatiert worden.

Auch später, während einer fast dreijährigen Vertretung praktischer Ärzte, habe ich stets mein Augenmerk auf das Vorhandensein einer Wanderniere gerichtet und zwar bei beiden Geschlechtern. Trotzdem wage ich nur von einem sicheren männlichen Fall zu berichten, den ich bei einem Steinträger konstatieren konnte, während ich viele ausgeprägte Fälle bei Weibern gefunden habe, besonders in manchen Gegenden der Mark Brandenburg, vorzugsweise dort, wo die Frauen und Mädchen viel in der Ackerwirtschaft helfen mussten, also meist auf grossen Gütern, oder wo sie viel Kiepen

schleppten, also in kleinen Ackerbürgerstädtchen. Ich habe allein in der Gemeinde Staffelde bei Kremmen innerhalb kurzer Zeit 3 ganz prägnante Fälle im Alter von 32 bis 54 Jahren in Behandlung gehabt. Überhaupt scheint die Wanderniere bei der arbeitenden Bevölkerung öfter vorzukommen als in den wohlhabenderen Kreisen; und ausserdem werden offenbar das III., IV. und V. Jahrzehnt am meisten davon befallen.

In der grössten Mehrzahl der Fälle betrifft die Verlagerung nur die rechte Niere, seltener beide und am seltensten die linke allein. Diese Erscheinung hat man auf verschiedene Umstände zurückgeführt: Zunächst ist schon normaler Weise die rechte Niere leichter verschiebbar als die linke. Dies ist bedingt durch die verschiedene Anordnung und den Verlauf ihrer Gefässe (die linke Niere hat eine etwas kürzere Arterie und ist durch die Vena suprarenalis, welche sich links in die Nierenvene ergiesst, noch etwas mehr mit der Nebenniere in Verbindung) und der peritonealen und bindegewebigen Befestigungsmittel, welche links mehr ausgebildet sind. Sodann — und das ist sehr wesentlich — liegen auch die linken Nierengefässe, durch Zellgewebe verbunden, dem Pankreas fester an als die rechtsseitigen. Dazu kommt endlich, was Landau betont hat, dass die Flexura coli dextra eher Gelegenheit zur Kotstauung geben und zur Herabzerrung leichter geneigt sein soll, weil sie einen stumpfen Winkel oder auch eine Schlinge bilde.

Die Ursachen der Wanderniere sind nicht immer ganz klar, und wahrscheinlich sind es verschiedene Umstände, welche die Veranlassung bilden können. Zu-

nächst kommt vielleicht oft eine angeborene Disposition in Betracht, welche vorzugsweise in einer abnorm lockeren Beschaffenheit des die Niere umgebenden Gewebes und ferner in einer abnormen Länge der Nierenarterie begründet sein kann.

Zuweilen ist die Ursache der Verlagerung auch in einer Verkrümmung der Wirbelsäule oder in einer Vergrösserung der Niere durch Geschwulstbildung zu suchen, infolge deren sie abnorm schwer und nach unten gezerrt wird. In anderen gleichfalls vereinzelten Fällen hat man die Verschiebung nach Einwirkung einer direkten Gewalt auf die Nierengegend oder nach starker Erschütterung des Beckens eintreten sehen und demnach ein traumatische Entstehung angenommen. So berichtet zum Beispiel Senator von einem Fall, eine Dame von za. 30 Jahren betreffend, die nie geboren hatte, und die die Entstehung der (rechtsseitigen) Wanderniere auf eine sehr unangenehme Schlittenfahrt auf hartgefrorenem, holprigem Wege zurückführte, weil die Beschwerden zuerst unmittelbar danach auftraten. Ich selbst habe in Berlin einen analogen Fall gesehen, wo es sich um eine virgo intacta handelte, die während eines Besuchs beim Onkel-Gutsbesitzer in Mecklenburg mit diesem in einem federlosen Wagen über einen Sturzacker gefahren war und seitdem Beschwerden einer rechtsseitigen Wanderniere verspürte. Im allgemeinen aber haben traumatische Einwirkungen bei der Entstehung der Wanderniere eine untergeordnete, secundäre Bedeutung, wie schon die Seltenheit des Leidens bei Männern, die doch im allgemeinen solchen Einwirkungen mehr ausgesetzt sind, beweist. Wenn allerdings aus

andern Ursachen die Anheftung der Niere sich gelockert hat, so wird ein Trauma den Eintritt der Verlagerung wohl befördern können.

Eine der wichtigsten Ursachen ist wohl die Erschlaffung der Bauchdecken und die damit verbundene Herabsetzung des intraabdominalen Druckes. Denn der Bauchdruck trägt wesentlich dazu bei, die Nieren an der hinteren Bauchwand festzuhalten. Dazu kommt, dass diejenigen Zustände, welche zur Erschlaffung der Bauchdecken führen, also namentlich wiederholte Schwangerschaften, aber auch, wenngleich seltener, Ausdehnung des Leibes durch Geschwülste oder Ascites, durch Verdrängen der Nachbarorgane die Verbindungen, welche zwischen diesen Organen und den Nieren bestehen, zerren und lockern und so die Verschieblichkeit der Nieren erhöhen.

Ein anderes für die Entstehung der Wanderniere wichtiges Moment, auf welches L a n d a u hingewiesen hat, bilden Lageveränderungen der weiblichen Genitalorgane, insbesondere Vorfall oder Knickungen und Neigungen der Gebärmutter. Bei der innigen Beziehung, in welcher dieses Organ zu den Harnleitern und der Blase steht, ist es leicht verständlich, wie durch seine Lageveränderungen ein Zug an den Ureteren ausgeführt und dadurch die Nieren nach unten gezerrt werden.

Die beiden Momente erklären auch hinlänglich das so überwiegend häufige Vorkommen bei Weibern im mittleren Lebensalter, sowie bei denen, die aus den ärmeren und körperlich angestrengteren Kreisen stammen; denn infolge der geringen Schonung und

mangelhaften Pflege im Wochenbett ist bei diesen Weibern die Rückbildung der Genitalorgane nach der Geburt häufig verzögert.

Auch das Tragen enger Corsets beziehungsweise das zu feste Schnüren ist als Ursache der Wanderniere bezeichnet und damit zugleich eine Erklärung dafür gegeben worden, dass die Wanderniere so häufig bei Weibern vorkommt und vorzugsweise die rechte Niere betrifft (Cruveilhier). Der Druck nämlich wird durch die Leber, in welcher er sich beim Schnüren oft durch die bekannte „Schnürfurche" zu erkennen gibt, unmittelbar auf die unter ihr liegende rechte Niere übertragen, während die linke durch den von ihr liegenden nachgiebigeren Magen besser geschützt ist. Dr. v. Fischer-Benzon fand 1887 unter 21 Fällen von Wanderniere 11 mal eine Schnürfurche der Leber.

Nach einigen Autoren soll auch starke Abmagerung mit Schwund des Fettes der Nierenkapsel Wanderniere veranlassen können, weil durch Fettschwund die Einbettung der Niere gelockert werde (Oppolzer und andere). Aber wenn dies auch der Fall wäre, so bleibt es unverständlich, warum bei Kindern, deren Nierenkapsel kein Fett enthält, Wanderniere so selten vorkommt, und noch mehr, warum der Fettschwund gerade beim weiblichen Geschlecht diese Wirkung haben soll, während es bei Männern kaum vorkommt, obgleich doch wohl niemand behaupten will, dass bei Männern schnelle Abmagerung seltener sei als bei Weibern (Senator). Aus diesen letzten Erwägungen kommt Senator zu dem Schluss, dass dem Fettschwund

der Nierenkapsel für sich allein nur eine sehr geringe Bedeutung beigemessen werden darf, dass vielmehr dabei auch der Fettgehalt des Netzes und Gekröses sowie des Unterhautzellgewebes am Bauch noch eine gewisse Rolle spielt, insofern er auf den abdominalen Druck und die Straffheit der Bauchdecken von Einfluss ist.

Da die bewegliche Niere an sich wohl niemals Todesursache wird, so ist dieselbe fast nur zufälliger Sektionsbefund. Die Beschreibung des anatomischen Verhaltens stützt sich deshalb zum Teil mit auf die bei Lebzeiten erhobenen Befunde: Die angeborene abnorm bewegliche Niere unterscheidet sich dadurch von der erworbenen, dass die Nierengefässe Abnormitäten in Zahl, Ursprung und Verlauf zeigen, während diese Anomalien bei der Erworbenen meistens gänzlich fehlen oder höchstens in einer geringen Verlängerung der Gefässe bestehen. Dagegen liegt die Erworbene fast immer in einer fettarmen Kapsel entweder an ihrer natürlichen Stelle, wohin sie bei der Rückenlage der Leiche zurückgesunken ist, oder weiter abwärts, von Darmschlingen mehr oder weniger bedeckt, seltener unmittelbar unter den Bauchdecken. Sie ist, wenn verlagert, an ihrem von den Gefässen gebildeten Stiel um ihre Längsachse in einem nach aussen konvexen Bogen gedreht, selbst soweit, dass ihr äusserer Rand nach unten, der innere nach oben gerichtet ist. Die Gefässe sind dementsprechend verlängert, der Ureter ist gekrümmt oder geknickt. Zuweilen hat man auch die Niere erkrankt gefunden, und zwar in der Form der Hydronephrose.

Sehr häufig finden sich neben der Wanderniere noch anderweitige Organverlagerungen, vor allem die bereits oben erwähnten Lageveränderungen des Uterus und seiner Adnexe. Durch dieselben wird, worauf Virchow hingewiesen hat, die Basis des Trigonum vesicale, wo die Harnleiter münden, verzerrt und dadurch vielleicht sowie durch die Knickung des Ureters eine Harnstauung und Ausdehnung des Nierenbeckens und der Niere bis zur Hydronephrose veranlasst werden können. Von andern Organen sind es besonders das Colon transversum und der Magen, welche häufig abnorm tiefstehend gefunden werden. Letzterer ist dabei gewöhnlich um seine Längsachse gedreht, so dass der Pylorus abnorm tief und etwas seitlich steht und auch mehr oder weniger stark erweitert ist. Schliesslich kann auch die Leber nach unten rücken und selbst als ausgebildete „Wanderleber" (Senator hat einen Fall beobachtet) bis zum kleinen Becken hinabreichen. Kurz gesagt, findet sich bei Wanderniere sehr oft der als Splanchnoptose oder Enteroptose bezeichnete Zustand, der zum Teil dieselben Ursachen hat wie jene.

Die Symptome der Wanderniere sind sehr verschieden. Ja vielfach fehlen sie vollständig. Besonders bei älteren Frauen findet man häufig, wenn man darauf achtet, bewegliche Nieren, die völlig symptomlos verlaufen sind. Zuweilen treten erst dann Beschwerden ein, wenn die Verschiebung einen gewissen Grad erreicht hat, manchmal nach heftigen Körperbewegungen, Erschütterungen usw. Die Haupterscheinung, welche zuerst die Aufmerksamkeit und den Schrecken der Kranken zu erregen pflegt, ist eine Geschwulst im Abdomen, welche, meist

plötzlich unter dem freien Rande der Rippen hervorragend, von ihnen bemerkt wird. Dadurch werden die Patienten beunruhigt, verstimmt und geraten in einen hypochondrischen Zustand. Meistens aber haben die Kranken allerhand unangenehme drückende, ziehende oder stechende Empfindungen, die sich gelegentlich zu den heftigsten Kolikanfällen steigern. Nicht selten ist Übelkeit und Brechreiz vorhanden. Die Schmerzen können sich steigern, besonders bei gewissen Körperhaltungen oder Bewegungen, welche eine stärkere oder plötzliche Zerrung der Nierennerven oder der mit der Niere in Verbindung stehenden Organe bewirken. (Zu diesen Körperhaltungen und Bewegungen gehören vorzugsweise Stehen, Bücken, Gehen, Springen, Tanzen, Fahren, Reiten usw.) Durch Liegen dagegen werden die Schmerzen meistens erheblich verringert oder sogar ganz beseitigt. Auch Anfüllung des Magens vermehrt zuweilen die Beschwerden.

Die Schmerzen können nun auf die Stelle im Leibe, welche der verlagerten Nieren entspricht, beschränkt bleiben oder nach verschiedenen Richtungen ausstrahlen, besonders in das Epigastium, in die Kreuz- und Lendengegend. Auch treten sie verschieden auf, bald mehr oder weniger anhaltend, bald anfallsweise in Form von Magenkrampf (Cardialgie), Darmkolik oder von allerhand Neuralgien (Intercostal-, Lumbal-, Crural- Neuralgie, Ischias). Daneben können Verdauungsbeschwerden aller Art bestehen, Appetitlosigkeit, Verstopfung etc. Vor allem können die allgemeinen nervösen Beschwerden sich zu schweren neurasthenischen und hysterischen Zuständen entwickeln. Ich habe stets bei

den schwereren Fällen mehr oder minder heftige Herzbeschwerden gefunden, bestehend in starkem Herzklopfen und sich bis zu argen Herzbeklemmungen steigernd.

Zuweilen ist auch Icterus beobachtet, dessen Entstehung verschiedene Erklärungen gefunden hat. Bartels und Müller-Warneck vertraten den Standpunkt, dass die verschobene rechte Niere infolge ihrer Verlagerung auf die Pars descendens des Duodenums einen Druck ausübe und dadurch die Entleerung der Galle sowie des Mageninhalts und durch letztere die nicht seltene Gastrectasie bewirke. Dagegen ist aber mit Recht eingewandt worden, dass die verlagerte Niere zugleich auch leicht beweglich und verschiebbar ist, also nicht wohl einen Druck ausüben kann. Das Verhältnis zwischen Wanderniere und Magenvergrösserungen oder, was nach den Untersuchungen von Senator wohl das Primäre und Häufigere ist, nämlich die Abwärtsdrängung des Magens, scheint darin zu bestehen, dass beide als Erscheinungen der Enteroptose aus zum Teil gemeinsamen Ursachen und unabhängig von einander auftreten. Dabei kann durch Zerren der Niere an dem Ligamentum duodeno-(hepatico-) renale der durch die Dislocation des Magens ohnehin schon etwas gedehnte absteigende Teil des Duodenums noch mehr verzogen und dabei die Einmündungsstelle des Ductus choledochus (und pancreaticus) schlitzförmig verengt werden, so dass zur Gallenstauung Gelegenheit gegeben ist.

Durch Zug von seiten der tiefer gerückten Nieren können vermutlich auch wohl noch andere Erscheinungen

hervorgerufen werden. So erwähnt Senator einen Fall, wo er bei einer 50 jährigen Patientin mit doppelseitiger Wanderniere eine aneurysmatische Erweiterung der Aorta abdominalis gefunden hat, die vielleicht auf Zerrung der Aortenwand durch beide Nierenarterien zurückzuführen ist.

Druckerscheinungen macht die meistens auf und zwischen Darmschlingen liegende Niere wohl selten. Doch sind von Hahn und anderen wiederholt Ileus-Erscheinungen beobachtet worden, welche sie mit der vorhandenen Wanderniere in Beziehung bringen. Ferner erwähnt Girard (cit. bei Rayer) einen Fall von Oedem des rechten Beines bei einer phthisischen (!) Frau, welches er auf eine rechtsseitige Wanderniere zurückführt.

Endlich ist noch bemerkenswert, dass zuweilen, wie schon Rayer beobachtete, Schmerzen und Schwäche in den unteren Extremitäten, ähnlich wie bei Tabes, gefunden werden, welche vielleicht auf Zerrung und entzündliche Reizung des Plexus lumbalis beruhen. Senator hat zwei Fälle von ausgesprochener Tabes bei Frauen mit rechtsseitiger Wanderniere gesehen Auch Schwerdtfeger erwähnt einen ähnlichen Fall.

Fast alle diese Beschwerden zeigen eine Verschlimmerung während der Menstruation.

Trotz aller dieser Beschwerden bleibt die Funktion der beweglichen Niere meistens ungestört. Höchstens tritt mal vermehrter Harndrang ein, was aber wohl mehr in der Verlagerung der Beckenorgane als der Niere seinen Grund hat. Immerhin sind Fälle von

Polyurie bei Wanderniere beobachtet worden. So berichtet Apolant von einem Fall, wo starke Polyurie bestand, die nach Reposition der Niere verschwand.

Häufiger tritt Harnstauung ein infolge Knickung des Ureters, welche zur Hydronephrose führen kann. Erfolgt solche Knickung gleichzeitig mit Torsion der Gefässe und Nerven der Niere, so bekommen wir ein stürmisches Krankheitsbild, das zuerst von Dietl als „Einklemmung der Niere“ beschrieben ist, weil nach seiner Ansicht die Niere zwischen Bindegewebe und Peritoneum eingeklemmt werde, während Gilewski die Erscheinung auf eine Einklemmung des Ureters zwischen Niere und Wirbelsäure zurückführt. Der Anfall verläuft unter dem Bilde einer Nierenkolik, der Harn wird spärlich, hochgestellt und enthält entweder von vornherein oder, was häufiger ist, beim Nachlassen des Anfalls Schleim oder Eiter, zuweilen auch wohl etwas Blut. Der Leib ist hart gespannt und lässt, soweit die Untersuchung möglich, eine der geschwollenen Niere entsprechende Geschwulst erkennen. Bei zweckmässigem Verhalten, gehen die Erscheinungen unter reichlicher Diurese meistens bald zurück.

Zuweilen verlaufen die Erscheinungen weniger heftig: es bildet sich unter geringeren Beschwerden eine Harnretention, die wieder verschwindet, um bei Gelegenheit wiederzukehren, und so entsteht die periodische Hydronephrose (Landau), deren häufigste Ursache wohl die Wanderniere ist.

Neben diesen subjektiven Symptomen gibt es auch ein objektives, bestehend in einer Geschwulst im Leibe meist unterhalb des Rippenbogens. Die Percussion

über derselben ergiebt, je nach der Anzahl der sie überlagernden Darmschlingen einen mehr oder weniger tympanitischen Schall.

In den seltenen Fällen von Verwachsung der verlagerten Niere mit der Umgebung oder von Erkrankung derselben (Hydronephrose) ändert sich natürlich dementsprechend der Befund.

Von sonstigen Complicationen sind noch Ansammlung von Concrementen, diffuse Entzündungen und Krebs der Niere (Rollet) beobachtet worden. Rayer erwähnt auch die Complication mit circumscripter Peritonitis.

Die Diagnose beruht auf dem Nachweis des verlagerten Organs. Dieser gelingt durch sorgfältige bimanuelle Untersuchung eventuell unter Zuhülfenahme der Narkose. Wesentlich erleichtert wird die Diagnose im allgemeinen dadurch, dass die Wanderniere meistens bei mageren Personen vorkommt, bei denen schon die Inspection der Lumbalgegend ein Eingesunkensein derselben ergiebt und schon auf das Fehlen der Niere an normaler Stelle hinweist und überdies die Palpation nicht durch dicke Bauchdecken erschwert wird. Zur Feststellung der Diagnose nun lässt man den Patienten am besten bei rechtsseitiger Wanderniere die halbe linke Seitenlage einnehmen und drückt dann die linke Hand mit der Fläche in die rechte Lumbalgegend, während man gleichzeitig mit der flachen rechten Hand von vorn unterhalb des rechten Rippenbogens einen Gegendruck ausübt. Dabei gelingt meistens leicht die verlagerte Niere zwischen den beiden Händen zu fassen und durch abwechselnden Druck mit der einen Hand und

gleichzeitiges Nachgeben der andern die Niere hin- und herzuschieben. (Bei linksseitiger Wanderniere wechselt man nur die Seite und die Hände.) Die Diagnose ist absolut sichergestellt, wenn es gelingt die zwischen den Händen fühlbare Geschwulst gänzlich abzutasten und dadurch nicht nur die nierenförmige Gestalt, sondern auch den Hilus oder gar die Pulsation der Nierenarterie (E i c h h o r s t) zu fühlen und die Geschwulst nach oben unter die Leber zu verschieben. Aber auch bei einer nur annähernden Ähnlichkeit der Geschwulst kann die Diagnose unter Berücksichtigung der Beschwerden und ihres Wechsels bei verschiedenen Körperlagen mit ziemlicher Sicherheit gestellt werden, wenn es sich um Weiber, besonders um solche mit schlaffen Bauchdecken, handelt, wenn die Geschwulst in der rechten Bauchseite sich befindet und die sonstigen Eigenschaften der Wanderniere (Beweglichkeit, geringe Empfindlichkeit etc.) zeigt und vielleicht noch Abflachung der rechten Lendengegend oder Aufhebung des Percussionsschalls daselbst im Stehen oder in der Bauchlage nachweisbar sind.

Eine Verwechselung findet am leichtesten statt mit einem Schnürlappen der Leber, besonders mit dem zungenförmig verlängerten vorderen Lappen derselben und der verdickten Gallenblase an seiner Seite, wie es besonders bei wiederholten Gallensteinkoliken vorkommt. Ein solcher Lappen zeigt eine Einkerbung zwischen sich und dem Kopf der Gallenblase, welcher den Hilus der Niere vortäuschen kann. Ausserdem lässt er sich nach unten umklappen, also scheinbar an die normale Stelle der Niere reponieren, und, da die infolge der

Steine auftretenden Beschwerden denen der Wanderniere sehr ähneln, so ist ein Irrtum sehr leicht möglich. Um ihn zu vermeiden, ist durch sorgfältige Palpation und Perkussion zu prüfen, ob der Tumor mit der Leber zusammenhängt, in dieselbe übergeht oder nicht. Auch die Aufblasung des Darms mit Luft kann Zweifel beseitigen, da in den meisten Fällen die Leber und Gallenblase durch das geblähte Colon nach vorn an die Bauchwand gedrängt, die Niere dagegen eher noch zurückgedrängt wird.

Von anderweitigen Tumoren, mit denen eine Verwechselung möglich ist, sind es besonders diejenigen des Netzes wegen ihrer grossen Verschiebbarkeit, aber auch des Darms und Magens, besonders wenn derselbe nach abwärts gedrängt ist. Die genaue Berücksichtigung aller in Betracht kommenden subjektiven und objektiven Symptome, auch etwaiger Grössenveränderungen bei längerer Beobachtung, wird auch in diesen Fällen meistens das Richtige treffen lassen; doch sollte, falls ein operativer Eingriff in Frage kommt, die Untersuchung in der Narkose mit Aufblähung des Magens oder Darms oder beider nicht unterlassen werden. Verwechslungen mit Ovarialgeschwülsten oder gar Kotballen lassen sich leichter vermeiden. Die Unterscheidung von festen Massen im Peritonealsack oder Geschwülsten im Mesenterium wird sich auf die Beschaffenheit der Oberfläche der Resistenz gründen müssen, welche, weil es sich meistens um tuberculöse oder krebsige Gebilde handelt, höckerig sind, und sodann auf die bekannte Lagebeziehung zum Darm. Ausserdem zeigt sich im Verlauf weiterer Beobachtung

als wichtiges Kennzeichen des durch die Nieren veranlassten Tumors, dass derselbe stationär bleibt und nicht an Umfang zunimmt, es sei denn, dass sogenannte Einklemmungserscheinungen auftreten, welche aber meistens in kurzer Zeit wieder verschwinden, oder dass eine Hydronephrose sich entwickelt hat, für welche gerade der Wechsel im Umfange der Geschwulst und der übrigen Erscheinungen charakteristisch ist.

Vorsicht ist geboten bei der Diagnose einer einseitigen linken Wanderniere, weil deren Vorkommen immerhin eine Seltenheit ist. Hier kommen nämlich ausser den schon erwähnten Zuständen noch besonders Geschwülste der Flexura coli sinistra und des Colon descendens sowie Verlagerungen der Milz nach unten (Wandermilz) in Betracht. Die letztere pflegt im Gegensatz zur Wanderniere der Bauchwand dicht anzuliegen und deshalb gedämpften Schall zu geben.

Doppelt vorsichtig muss man endlich mit der Diagnose Wanderniere bei Männern sein, da sie bei denen eine sehr seltene Erscheinung ist.

Was nun die Prognose der Wanderniere anbetrifft, so kann man sie durchweg als günstig bezeichnen. Im allgemeinen verursacht das Leiden mehr Angst als Beschwerden, wenngleich in einzelnen Fällen die dadurch hervorgerufenen nervösen Beschwerden doch hochgradig werden und durch Einklemmung der beweglichen Niere selbst Zufälle bedenklichster Art hervorgerufen werden können.

Zur Verhütung der Wanderniere dient, abgesehen von dem Schutz gegen traumatische Einwirkungen, ganz besonders sorgfältige Abwartung des Wochen-

bettes mit allem, was die Rückbildung der gedehnten und verschobenen Teile befördert.

Die eigentliche Behandlung wird sich auf die Fixierung der beweglichen Niere beschränken. Diese kann entweder durch einen von Hahn ausgeübten chirurgischen Eingriff, die Nephroraphie erfolgen oder durch Anlegung einer sogenannten Wandernierenbinde. Der augenblickliche Erfolg der Operation ist ein durchweg vorzüglicher, indem die durch die Wanderniere verursachten Beschwerden meistens sofort aufhören. Dagegen sind die Ergebnisse inbezug auf die Dauer der Heilung im allgemeinen weniger günstig, da leicht eine Losreissung der Niere erfolgt.

Deshalb wird man wohl in der Hauptzahl der Fälle der palliativen Behandlung den Vorzug geben müssen. Die wird ausgeübt durch mechanische Verrichtungen, welche die Niere nach hinten und aufwärts drängen. Dafür sind die „Wandernierenbinden" vorzüglich geeignet, die aber, wenn irgend möglich, auch nachts getragen werden müssen.

Daneben muss natürlich auf die einzelnen Folgeerscheinungen der Wanderniere Obacht gegeben und dieselben bekämpft werden: so vor allen Dingen die Verstopfung, welche bei Wanderniere sehr häufig auftritt.

Die „Einklemmungserscheinungen" werden durch ruhige Lage, warme Umschläge und nötigenfalls durch Morphium gewöhnlich mit Erfolg bekämpft.

Carriculum vitae.

Geboren bin ich am 19. August 1876 zu Husum in Schleswig-Holstein als Sohn des weiland Pastors Hans Vogt. Nach anfänglichem Besuch der Volksschule meiner Heimatstadt bezog ich Ostern 1887 das Gymnasium zu Husum, welches ich Ostern 1896 mit dem Zeugnis der Reife verliess, um in Jena zunächst Medizin und Naturwissenschaft zu studieren. 1897 ging ich nach Berlin, wo ich 1899 das Physikum bestand. Sodann famulierte ich in der 2. medizinischen Klinik der Charité, in der Universitätsfrauenklinik von Herrn Geheimrat Olshausen und in der Privatnervenklinik meines ältesten Bruders zu Berlin. Nachdem ich dann fast 3 Jahre Vertretung praktischer Ärzte übernommen, war ich 1 Jahr in Bad Stuer in Mecklenburg als Assistent. Im Herbst 1907 ging ich nach Rostock, wo ich im Dezember 1909 mein Staatsexamen bestand, um mich sodann in meiner Heimatstadt niederzulassen, wo ich seitdem praktiziere.